



242/190 - ONCOLÓGICO, NO TODO ES SECUNDARIO

C. Herrero Montes^a, C. Herrero Montes^a, M. Mateo Díaz^b, P. Pérez Martín^c, M. Aranda Leon^b y J. Gentile Lorente^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^dMédico de Familia. ABS Tortosa Oeste. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, 48 años, AP: resección de adenocarcinoma de recto, pT2Pn1 (1/25) M0, tratamiento con QT, FOLPOX, toxicidad intestinal grado 3-4, neutropenia grado 4, radioterapia en 2014-2015, última revisión Oncología médica presenta analítica el CEA < 0,5, presenta mínima estenosis en la anastomosis vista por cirugía, menopausia secundaria a tratamiento oncológico 46 años, proceso ansioso-depresivo reactivo. Acude a urgencias por dolor torácico centro opresivo, sin cortejo vegetativo y acompañado de palpitaciones secundarias, dura 15 minutos y se asocia a esfuerzos físicos.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 153/91, FC 126 LPM, SAT O2. 99%. ACP: normal, abdomen normal. Rx tórax: normal. Analítica normal GGT 72. EKG: Taquicardia sinusal, 120 lpm, sin elevación de st. Ingresada, seriaciones enzimáticas de troponinas normales tratamiento lorazepam 1 mg sl, remitida a Cardiología: DX angina microvascular, comenzó tratamiento: diltiazem retard 240 mg, AAs 100 mg y Procoralan 5 mg, con mejoría. derivan Endocrino, posible tirotoxicosis, EF: no exoftalmos, Graefe y Moebius positivo, tiroides de grado Ib, consistencia aumentada, irregular. Analítica: hemograma, vsg, bioquímica normal y TSH 0,00, T4 libre 2,27. Solicita gammagrafía, diagnóstico tirotoxicosis en enf de Graves Basedow. Pautan tratamiento: tiamazol 2/8h, control en 3 meses. La paciente presenta mejoría importante con retirada progresiva de medicación cardiológica, continuando con diltiazem por HTA.

Juicio clínico: Tirotoxicosis.

Diagnóstico diferencial: Efecto secundario de quimioterapia, ansiedad reactiva, angor.

Comentario final: En pacientes oncológicos, es fácil confundirse con los efectos secundarios de los fármacos usados y confundir patología benigna, siendo más importante una correcta práctica clínica, anamnesis y exploración.

Bibliografía

1. Álvarez Castro P, Isidro San Juan M, Cordido Carballido F. Hipertiroidismo. Fisterra.com Atención Primaria en la red [sede web].2013 abril. A Coruña. Fisterra.com [citado 13/5/2017]. Disponible en: www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertiroidismo/
2. Miguel Calvo I, Urroz Urrialde M, Muñoz González F Hipertiroidismo. AMF. 2013;9(9):485-94.
3. Cano Pérez JF, Tomas Santos P. Patología tiroidea y alteración de calcio. En: Martín Zurro A,

Martin Cano JF. Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica, 5ª ed, volumen II, Elsevier España 2003, pág. 1422-55.

Palabras clave: Dolor torácico. Taquicardia. Tirotoxicosis.